

Folt a hálón? Szociális munka a pszichiátriai ellátórendszerben

Vas Ágnes szociális munkás, Bánfi László szociális munkás

SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ

Ápolásvezetési és Szakdolgozói Oktatási Igazgatás, Szociális Munkás Szolgálat

A szociális munkás szerepe az egészségügyben több szempontból is speciális. Munkánk keretét az egészségügyi ellátórendszer képezi, és ezen kereteken belül bizonyos aspektusból alárendelt pozíciót foglal el tevékenységünk – hiszen a rendszer fő funkciója a gyógyítás-kezelés. Más szemszögből nézve viszont ez kiegészítő, támogató tevékenység. Támogató nem csupán a kliens, hanem az egészségügyi ellátó személyzet (orvos, ápoló, szakgondozó) számára is – különösen a pszichiátria berkein belül, a pszichoszociális kockázatok, hatások felmérése, kezelése szempontjából. Ez bizonyos fajta „összefogást”, folyamatos kommunikációt, partneri viszonyt feltételez a szociális és az egészségügyi végzettségű munkatársak között.

A szociális munka egészségügyi rendszeren belüli önállósága – a mindenképpen pozitívumként értékelendő szakmai önállóság mellett – bizonyos szempontból nehézségeket is okozhat, hiszen a „rálátás” esetleges hiánya kommunikációs problémához vezethet, „elsikkadhatnak” olyan problémák, amelyek a szociális segítő kompetenciájába tartoznak, viszont jelzés nem érkezik. Esetenként viszont inadekvát kérések is érkeznek az egészségügyi személyzet részéről.

A Szegedi Tudományegyetem Ápolás Igazgatása – éppen a klinikákon dolgozó szociális munkások „kakuktktojás” mivoltából fakadó dilemmák, illetve a munka során felmerülő egyéb konfliktusos kérdések rendezése reményében – megalakította a Szociális Munkás Szolgálatot, mely szervezeti kereteket biztosít a szociális munkások tevékenységének és lehetőséget teremt a szakmai tevékenység összehangolására.

Szeged városában a pszichiátriai ellátás túlnyomó részét a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Pszichiátriai Klinika biztosítja mind a fekvő-, mind a járóbeteg-ellátás, mind pedig a pszichiátriai gondozás tekintetében. Mindezeket túl az intézet feladata elsődlegesen a város vonzáskörzete lakosságának, illetve a progresszivitás legmagasabb szintjén a Dél-Alföldi régió populációjának pszichiátriai ellátása is.

A klinika jelenleg 3 telephelyen biztosít fekvőbeteg-ellátást, mintegy 150 ágygal, melyek négy osztályba szervezetten működnek (ezek: akut pszichiátria, addiktológia, krónikus osztály, és rehabilitáció). Egy negyedik telephelyre összpontosul a járóbeteg-ellátás és a pszichiátriai gondozás.

Az intézetben a hagyományos orvosi, ápolói szerepeket betöltőkön kívül pszichológusok, gyógytornászok, mentálhigiénés szakemberek, gyógyfoglalkoztatók is részt vesznek az osztályok mindennapjaiban, és immár több mint két évtizede a segítő köré kiegészült szociális munkás szakemberekkel is.

A pszichiátriai betegségek közel sem egységes csoportot képeznek. Talán a legismertebb betegségcsoportot a „klasszikus elmebetegségek” képezik (szkizofrénia, bipoláris zavar, paranoia, pszichotikus depresszió stb.), míg a legnagyobb csoportba azok a mentális betegségek tartoznak, melyek vezető tünetei a stresszel, szociális-

alkalmazkodási zavarokkal kapcsolatosak (szorongás, depresszió, pánikbetegség, szomatoform zavarok stb.). Önálló csoportként tekinthetünk a személyiségzavarokra, melyek az egészségügyi és a szociális ellátás szinte minden területén feladatot generálnak. A pszichiátria határterületén helyezkednek el a negyedik csoportot képező kórképek, melyek ellátása gyakran „jobb híján” marad a pszichiátriára (demenciák, mentális retardáció).

A ma egyre gyakoribb szociális krízisek megélése még a nem pszichiátriai beteg populációnál is olyan pszichopatológiai tünetekkel jelentkezhet, mint a kilátástalanság-érzet, a létbizonytalanság miatti szorongás, bizonytalan jövőkép, a feleslegesség érzése, a visszautasítások miatti frusztráció (pl. munkahelykereséskor) – érthető tehát, hogy egyes pszichés tünetek jelentkezése önmagában nem feltétlen jelenti pszichiátriai betegség meglétét.

Pszichiátrián dolgozó szakemberek (különösen pszichiáterek, de gondozónők, ápolók is) – szubjektív megítélésük alapján – gyakran számolnak be a betegnél beállított terápia elvártnál kisebb hatékonyságáról. Ez a jelenség az utóbbi években egyre gyakoribbnak tűnik. Ezeknek az eseteknek a hátterében gyakran a megoldatlan, rendezetlen szociális háttér, egzisztenciális nehézség áll. Gyakori például, hogy a szorongás, a depresszió tünetei a gyógyszeres kezelés ellenére sem enyhülnek, mivel az ezt kiváltó – általában igen súlyos – szociális, egzisztenciális problémák továbbra is nyomasztják a beteget.

Maguk a betegek is gyakran beszámolnak erről („gurul a pirula, szedem a gyógyszert, mégis veritékben úszva ébredek: miből fogom kifizetni a fűtést...” /53 éves nő/) /

Az egyébként is „instabil” pszichés állapot miatt, pszichiátriai megbetegedés esetén a szociális-egzisztenciális nehézségek lényegesen destruktívabbak lehetnek, még inkább kiszolgáltatottabb helyzetet idézván elő. A pszichiátriai betegséggel élők – szociális helyzetüket és kilátásaikat tekintve – eleve gyakorta hátránnyal „indulnak”.

A mentális megbetegedések néhány jellemzője jelentős befolyással lehet a szociális státusz alakulására. A leggyakoribb a szociális és mindennapi problémamegoldó funkciók csökkenése, ami az életminőség romlását vonhatja maga után. A betegnek a kóros állapotból adódó zárkózottsága, befelé fordulása szociális izolációt eredményez, a kapcsolatok hiánya a környezetében élőkől, családtagoktól (mint potenciális támogató háttértől) való eltávolodáshoz vezet. Saját helyzetét a beteg esetenként nem reálisan értékeli, így a problémamegoldás sem feltétlen adekvát. A munkaképesség csökkenése – mely gyakorta már fiatalkortól fennállhat – élethosszig tartó alacsony jövedelmet, állandó egzisztenciális nehézségeket okoz.

Megállapítható tehát, hogy a pszichiátriai betegek általában sokkal inkább kiszolgáltatott helyzetben vannak a szociális nehézségekkel szemben.

Az egészségügyön belül a szociális munkának természetesen több szegmense van (szülészet, gyermekgyógyászat, pszichiátria stb.), eltérő problémákkal, feladatkörökkel, kompetenciákkal.

A pszichiátria talán az a terület, amelyre a társadalom is gyakran kíváncsisággal vagy gyanakvással tekint. Itt dolgozóként sokszor találkozunk a kérdéssel: „De mit csinál ott egy szociális munkás?” A válasz egyszerű: amit a többi területen dolgozó szociális szakember, kiegészülve néhány – a pszichiátria jellegéből fakadó speciális

– feladattal, mint a gondnokság alá helyezés, a pszichiátriai otthoni elhelyezések, tanácsadás a hozzátartozóknak.

Természetesen érezhető, hogy az általánosnak mondható feladatok ellátása során is gyakran áthelyeződnek a hangsúlyok – a többi területhez képest. Fontos azonban hangsúlyozni: pszichiátriai betegséggel küzdő kliensek megjelennek a szociális ellátás több szintjén is (idősgondozás, családsegítés), ez nem csupán a mi „privilegiumunk”.

A szociális munkás feladatkörébe tartozik szinte minden – a kompetenciahatárok, az adatvédelmi szabályozás és az etikai normák által megszabott határokon belüli – olyan probléma, amivel a beteg felkeresi a szakembert, és természetesen nem egészségügyi, vagy gyógyszerészeti, pszichológiai jellegű a probléma.

A munkakörben konkrétan előírt ellátandó feladatok köre:

„Segítő beszélgetés; krízisintervenció; szociális tanácsadás; edukáció, informálás; szociális készségek fejlesztése; segítségnyújtás hivatalos nyomtatványok kitöltésében, ügyintézésében; egyéni kérelmek készítése; munkahelykeresés segítése; lakhatással és/vagy fenntartásával kapcsolatos segítségnyújtás; megváltozott munkaképességgel kapcsolatban tanácsadás, ügyintézés; hajléktalansággal kapcsolatos teendők, telefonos ügyintézés, informálódás, kapcsolattartás – a beteg részéről feltárt probléma kapcsán – különböző szervezetekkel. Szociális otthoni elhelyezések teljes körű intézése, valamint kapcsolattartás az otthonokkal, beleértve ebbe a beadott kérelmek nyomon követését is. Gondnoksági ügyek: kezelőorvos kérésére gondnokság kezdeményezése Gyámhivatal felé, gondnoksági ügyek nyomon követése, tájékoztatás (beteg, illetve hozzátartozó kérésére az ügymenetről, a gondnokság intézményéről), valamint a kijelölt gondnokkal való kapcsolattartás. Hozzátartozókkal való kapcsolattartás (kiemelten: gondnoksági ügyekben, szociális otthoni ügyekben stb.), hozzátartozók tájékoztatása. Nyomon követés (nem jelentkező betegeknél, klinikára utalt gondozott kliensek esetében, stb.). Egyéb – a szociális szakember mérlegelése szerint hatáskörébe tartozó – felmerülő probléma kezelése a szakmai, és kompetenciahatárok maximális betartása mellett. A pszichiátriai gondozás keretében esetenként – amennyiben szükséges – látogatás a beteg otthonában gondozónővel vagy önállóan, informálódás a beteg környezetéről, illetve az ott felmerült problémákról. Adminisztráció, az események, tevékenységek dokumentálása.”

Nem új keletű, régóta hangoztatott probléma, hogy a pszichiátriai osztályok eredeti – gyógyító, egészségügyi – funkciója mellett más, bizonyos szociális funkciókat kényszerűen vállalnak át, mely tendencia az utóbbi időben felerősödött. A betegek egy része szociális indikációval kerül felvételre, átvételre, vagy megnyúló kórházi tartózkodásuk szociális indikációjú: megoldatlan szociális háttér (pl. télen fűtés nélküli lakás), lakhatás megoldatlansága, idős demensnél a felügyelet hiánya.

Ezen helyzetek kezelése gyakran hosszú időt vesz igénybe, a maximális ápolási napok számát is kimerítve. Esetenként a (ál)megoldást a beteg egy másik intézménynek történő átadása jelenti. A támogató háttér hiánya itt érezhető leginkább. Az egyedül élő, magára maradt beteg gyakran csak az osztályról várhat segítséget...

A pszichiátriai ellátáson belül is speciális a szenvedélybetegek helyzete. Az általános vélekedés szerint maguknak keresik a bajt. A „pénzért veszik a betegséget” hozzáállás általánosnak nevezhető az társadalom „egészségesnek” nevezhető többsége és az

egészségügy részéről is. A betegek állapotának javulását a kórház támogatja, kapnak a betegek némi útravalót a „kinti” életükhöz, de az ehhez szükséges támogató közeget még a kórházi bent tartózkodás alatt meg kell találni vagy meg kell szervezni (addiktológiai rehabilitációs intézmény keresése, önsegítő csoportok felkutatása, életviteli tanácsadás, csoport szervezés, vezetés stb.).

Mind a szociális, mind pedig a pszichiátriai ellátórendszer alacsony érdekérvényesítő képességű, tartósan – gyakran egy életen át – segítségre szoruló emberek támogatására szerveződött. Sajátosságaikból adódóan e két rendszer eddig sem volt, és vélhetően ezután sem lesz a közvélemény és a politikai vezetés látókörének fókuszában, főleg nem pozitív előjellel. Mégis, mindkét rendszer arra törekszik, hogy valamiféle védőhálót feszítsen ki a mindennapok kihívásainak szakadéka fölött tétován egyensúlyozók alá, hogy gyakori egyensúlyvesztésük ne legyen végleges. Különbőféle, gyengén szőtt, sokszor szakadozott hálók ezek. Együtt alkalmazva a két háló gyakran mégis sikeres: az egyikben támadt lyukat a másik még ép területe pótolja, foltozza be.